

**PERCEPCIÓN DEL PACIENTE ACERCA DEL CUIDADO BRINDADO POR
PARTE DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)
EN UNA IPS DE MONTERÍA, 2018**

MARIBEL GONZÁLEZ HERNÁNDEZ

LINA MARCELA RICARDO ORTIZ

**UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
MONTERÍA, CÓRDOBA**

2018

**PERCEPCIÓN DEL PACIENTE ACERCA DEL CUIDADO RECIBIDO EN LA
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) POR EL PERSONAL DE
ENFERMERÍA EN UNA IPS DE MONTERÍA, 2018**

MARIBEL GONZÁLEZ HERNÁNDEZ

LINA MARCELA RICARDO ORTIZ

Asesora temática:

MsC. IRINA MAUDITH CAMPOS CASARRUBIA

Asesora metodológica:

MsC. NEILA ESTHER BERROCAL NARVÁEZ

UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ENFERMERÍA

MONTERÍA, CÓRDOBA

2018

Nota de aceptación

Presidente del jurado

Jurado

Jurado

Montería, junio de 2018

DEDICATORIA

A Dios por ser mi guía, mi fuente de inspiración y mi fortaleza en los momentos de angustia, pero sobre todo por haberme dado la sabiduría y permitirme culminar con satisfacción este proyecto.

A mis padres Héctor Ricardo Lozano y hermano Fabio Ricardo Ortiz, que han sido mi fuerza, mi motor, quienes me dieron todo su amor, su apoyo incondicional, su comprensión y fueron testigos de mi dedicación y esfuerzo.

A mi compañera de trabajo Maribel González Hernández a quien dedico especialmente el haber logrado culminar este proyecto, a ti por ser mi amiga, mi compañera de sueños, por haber trabajado hombro a hombro conmigo este tiempo, por tu apoyo, cariño, dedicación, entrega y por supuesto por haber permanecido dispuesta a pesar de la distancia que, aunque haya hecho las cosas más difíciles, nunca fue un impedimento para continuar.

Lina Marcela Ricardo Ortiz

A Dios, por darme la fortaleza y la sabiduría, que me permitió llegar hasta aquí.

A mi madre, Ruby Hernández el motor que ha impulsado mi vida, por su sacrificio, esfuerzo y por creer en mi capacidad.

A mi padre, Bienvenido González por sus consejos de vida, que me hicieron ser una mejor persona.

A mis hermanos, Luis Miguel y Jesús David por darme su apoyo incondicional, y animo en esos momentos difíciles.

A mi amiga y compañera de trabajo, Lina por ser la mejor, por apoyarme, comprenderme y tolerarme en estos 4 años, y por todos los buenos momentos que hemos vivido y los que vendrán, a mis amigas del programa, quienes han crecido junto a mí en este gran proyecto, y me han dado animo en más de una oportunidad.

A toda mi familia, que de una u otra manera aportaron su granito de arena para poder cumplir este logro, de muchos que faltan en mi vida.

Maribel González Hernández.

AGRADECIMIENTO

Transmitir en pocas líneas la gratitud y el cariño que sentimos, no es tarea fácil, sobre todo al darnos cuenta cuan privilegiadas somos por haber recibido el apoyo y acompañamiento de tantas personas a nivel personal como profesional.

Queremos agradecer primeramente a Dios por habernos dado la sabiduría, la paciencia, por haber sido nuestra luz en este largo camino, pero sobre todo por haber permitido que lleváramos a cabo de manera satisfactoria este proyecto.

Nuestras segundas palabras de agradecimiento van dirigidas de forma especial a nuestra asesora IRINA MAUDITH CAMPOS por el apoyo que nos brindó desde el primer momento, por la orientación, la entrega, el cariño, la sabiduría, la paciencia que fue mucha y su dedicación a este trabajo de investigación. A nuestras asesoras metodológicas de inicio MARYLIN VILLADIEGO y de finalización NEYLA BERROCAL quienes nos enseñaron y nos dieron las herramientas necesarias, gracias a las tres por permitirnos seguir aprendiendo y crecer a su lado.

Al DR. WILLIAM MONTES y a la E.S.E HOSPITAL SAN JERÓNIMO por abrirnos las puertas y permitirnos realizar nuestra investigación dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos, así como a los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos quienes aceptaron y participaron en la realización de esta investigación.

A nuestros padres por su apoyo incondicional, su comprensión, su amor y grandes enseñanzas a lo largo de todos estos años.

Y no quisiéramos terminar sin agradecer al personal de enfermería que labora dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos por el tiempo y la colaboración prestada durante nuestras visitas, además esperamos que este estudio pueda contribuir de alguna manera a mejorar la calidad de vida de los pacientes que se encuentran ahí hospitalizados.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	12
1. OBJETIVOS.....	15
1.1. GENERAL	15
1.2. ESPECÍFICOS	15
2. MARCO REFERENCIAL	16
2.1. MARCO TEÓRICO.	16
2.2. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.	21
2.3. MARCO CONCEPTUAL	25
2.3.1. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)	25
2.3.2. PACIENTE CRITICO	26
2.3.3. CUIDADO DE ENFERMERÍA.....	26
2.3.4. HUMANIZACIÓN DEL CUIDADO	27
2.4. MARCO LEGAL	28
3. METODOLOGÍA	Error! Bookmark not defined.
3.1. Tipo de estudio:.....	31
3.2. Escenario de estudio:	31
3.3. Población y muestra:	31
3.4. Unidad de análisis:.....	31
3.4.1. Criterios de inclusión:	31
3.4.2. Criterios de exclusión:.....	32
3.5. Recolección de la información:.....	32
3.6. Procesamiento y análisis de la información:	32

4. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	33
4.1. Descripción demográfica de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos en una IPS de la ciudad de Montería.....	33
4.2. Análisis del instrumento CARE-Q adaptado al español.....	36
4.2.1. Dimensiones para medir la calidad del cuidado con respecto a la atención humanizada y el trato digno.....	39
5. CONCLUSIONES	49
6. RECOMENDACIONES.....	52
6.1. A LA IPS.....	52
6.2. AL PERSONAL DE ENFERMERA.....	52
6.3. A LA UNICOR.....	53
BIBLIOGRAFIA.....	54
ANEXOS	59

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Variables demográficas de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos en una IPS de la ciudad de Montería.	33
Tabla 2. Instrumento CARE-Q adaptado al español.	36
Tabla 3. Dimensión 1: accesibilidad	39
Tabla 4. Dimensión 2: confortar.	41
Tabla 5. Dimensión 3: anticiparse.	43
Tabla 6. Dimensión 4: mantener relación de confianza.	45
Tabla 7. Dimensión 5: monitorear y hacer seguimiento.	47
Tabla 8. Comportamientos donde el paciente percibe que falta más humanización por parte de enfermería.	49

LISTA DE GRAFICAS

Grafica 1. Instrumento CARE-Q Adaptado al español.....	37
Grafica 2. Dimensión 1: accesibilidad.....	40
Grafica 3. Dimensión 2: confortar.	42
Grafica 4. Dimensión 3: anticiparse.	44
Grafica 5. Dimensión 4: mantener relación de confianza.	46
Grafica 6. Dimensión 5: monitorear y hacer seguimiento.	48

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	59
ANEXO B. INSTRUMENTO.....	60
ANEXO C. CARTA DE ACEPTACIÓN	62

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la percepción del paciente acerca del cuidado recibido en la unidad de cuidados intensivos por el personal de enfermería en una IPS de Montería.

MATERIALES Y MÉTODOS: se realizó un estudio descriptivo, de enfoque cuantitativo, para el que se aplicó el instrumento adaptado al español (CARE- Q) a 15 pacientes en la unidad de cuidados intensivos.

RESULTADOS: Las características demográficas identificadas en este estudio demostró que, predominó en un 34% los pacientes mayores de 61 años, ingresados por patologías de manejo médico en un 73,3% y su tiempo de estancia era de 1 a 4 días en un 33,3%. La percepción de los pacientes acerca del cuidado que brinda enfermería es del 57,2% de cumplimiento de las características en cada dimensión.

PALABRAS CLAVES: Unidad de cuidados intensivos, Paciente crítico, Cuidado de enfermería y Humanización.

INTRODUCCIÓN

Desde su origen el cuidado se ha considerado un acto humano, aquella acción independiente de cualquier alteración en la salud, y en enfermería, el cuidado ha sido considerado como la esencia de la disciplina que implica no solamente al paciente como receptor, sino también a la enfermera como transmisora de este, Como afirma Nelly Rivera “la meta de enfermería en sí es brindar cuidado, pero esto no tiene sentido si no se comprende en esencia el significado de cuidar”¹.

La enfermería es una profesión con profundas raíces humanistas, es por esto que, el cuidado de enfermería enmarca actividades orientadas a la búsqueda del bienestar de la persona a la que se cuida, esto implica aplicar los conocimientos teórico prácticos que se adquieren dentro de la formación para la realización de los procedimientos que se llevan a cabo a cada paciente, sin dejar de lado el trato digno y humanizado que espera cada uno de ellos al momento de la atención, no obstante, en la actualidad nos encontramos con una sociedad cuyos valores están centrados en la tecnología, el dinero, la estrategia del mercado y las organizaciones administrativas eficientes.

En Colombia este tema ha sido motivo de debates y polémicas, actualmente se ha vuelto costumbre “dar más importancia a los costos que genera una hospitalización y a descubrir el significado de los exámenes diagnósticos que a la persona a quien se le realizan, deshumanizándose así su atención”², es por esto

¹ RIVERA, Luz y TRIANA, Álvaro. Cuidado humanizado de enfermería: visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la clínica del country. Bogotá. Colombia. [En línea]. citado el 30 de abril del 2018. Disponible en: https://www.u-cursos.cl/medicina/2011/0/ENFENFCO24/1/novedades/r/CUIDADO_HUMANIZADO_DE_ENFERMERIA_VISIBILIZANDO_LA_TEORIA_Y_LA_INVESTIGACION_EN_LA_PRACTICA.pdf

² PRIETO, Gloria. Humanización del cuidado de Enfermería. Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM. 2007. [En línea]. citado el 12 de diciembre del 2017. Disponible en: <http://revistas.unam.mx/index.php/reu/article/download/30291/38452>

que es necesario que el profesional de enfermería comprenda la importancia que tiene dentro de su labor diaria promover una cultura de humanización de los servicios de Salud, ya que humanizar no solo es garantizar un servicio oportuno y con calidad, si no brindar calidez en la atención, no ser indiferente ante la situación del otro, brindar un trato digno y que se generen ambientes aptos en el proceso de salud-enfermedad y que pueda garantizarse la satisfacción de las necesidades brindando siempre al paciente un ambiente de seguridad y confianza.

La humanización del cuidado es todas las acciones que realiza el profesional de Enfermería con el fin de incentivar o potencializar los recursos individuales y colectivos de la persona o del grupo al que pertenece, de manera que se constituya en un agente central, activo, decidido y autónomo de su propia salud; a lo largo de la vida todas las personas de una forma u otra cuida, esta es una actividad humana natural que nace de la disposición o la expresión de cariño, de amor o simplemente la demostración de interés, preocupación, ayuda o compasión; que aplicándolo a la labor del enfermero se refiere a aquellos actos de asistencia, soporte o ayuda que contribuyan al mejoramiento de la situación de salud o condiciones de vida.

En la mayoría de las entidades de salud se busca brindar un cuidado digno y humanizado a todos los pacientes en cada uno de los servicios, pero en algunos de estos es un poco más difícil por la cantidad y condición de los pacientes, como por ejemplo, el servicio de Unidad de Cuidados Intensivos, donde todos los pacientes que ingresan tienen una situación de salud delicada y la necesidad de brindar soporte vital con el fin de salvaguardar su vida; buscando siempre proporcionar a este una atención rápida que ayude al alivio o curación de la dolencia o enfermedad con la cual llega, este es un servicio en el que por lo regular se tiene un número reducido de pacientes, pero de alta complejidad, que

en algunas ocasiones duran muy poco, pero en otras su estancia es bastante prolongada, dependiendo el caso y la evolución de cada uno.

Partiendo de lo anterior, es bastante relativo el lapso de tiempo que se tiene para interactuar o lograr una conexión enfermera paciente y es por esto que mediante este trabajo se quiere investigar o descubrir cuál es la percepción que tiene el paciente sobre la atención que recibe por parte del profesional de enfermería dentro de este servicio, ya que “ahora que tanto se habla de medición de los procesos de calidad institucional, este es un criterio fundamental. Por ello es primordial expresarlo de manera clara en los principios filosóficos que orientan el quehacer institucional”³.

³ PRIETO, Gloria. Humanización del cuidado de Enfermería. Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM. 2007. [En línea]. citado el 12 de diciembre del 2017. Disponible en: <http://revistas.unam.mx/index.php/reu/article/download/30291/38452>

1. OBJETIVOS

1.1. GENERAL

Determinar la percepción del paciente acerca del cuidado brindado por parte de enfermería en la unidad de cuidados intensivos en una IPS de Montería.

1.2. ESPECÍFICOS

- Caracterizar demográficamente los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos.
- Identificar la percepción del paciente acerca del cuidado brindado por parte del profesional de enfermería en la unidad de cuidados intensivos.
- Enunciar los comportamientos donde el paciente percibe que falta más humanización por parte de enfermería.

2. MARCO REFERENCIAL

2.1. MARCO TEÓRICO.

En el presente trabajo se realizó una revisión bibliográfica, que permitió identificar los estudios con referencia a la temática investigada.

Es importante analizar que el cuidado abarca un significado muy importante para la enfermería, pues desde su origen la relación ha sido significativa, teniendo en cuenta que “el principal enfoque del cuidado humanizado es la vivencia personal de la enfermedad y cómo enfermería ayuda a entender y vivir este proceso”⁴, basándose en que enfermería es el encargado de brindar cuidado y atención.

Quintero, se indica que “el cuidado son todas las conductas de apoyo y actitudes que se dirigen a dignificar a otros en su condición humana, así como también a proporcionar aquello que lleve a un crecimiento integral”⁵, Daza manifiesta; que “la profesión se inició como ese acto de amor expresado por acciones que nos dejen compartir emociones y expresar aquellos sentimientos que permitan la humanización”⁶.

⁴ AVILA, Alicia; MENDOZA, Rodolfo y CONTRERAS, Sonia. Instrumento para valoración del cuidado humanizado brindado por profesionales de enfermería a personas hospitalizadas. Chile. 2016. [En línea]. Citado el 20 de enero del 2018. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962016000300011

⁵ QUINTERO, María y GÓMEZ, Margarita. El cuidado de enfermería significa ayuda. Scielo [revista en Internet], 2010 [En línea]. Citado el 30 de mayo del 2018. Disponible en: <http://bit.ly/17tfYHN>

⁶ SEGURA, Karen y MIRANDA, Claudia. percepción del cuidado de enfermería en el paciente adulto. 2014. [En línea]. Citado el 30 de mayo del 2018. Disponible en: <http://journals.iztacala.unam.mx/index.php/cuidarte/article/viewFile/300/435>

Como podemos ver “enfermería, al brindar asistencia al paciente es proveedora de cuidado, y como característica de este se contempla la calidad en el servicio que se otorga. La Organización Mundial de la Salud define calidad como «el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima”⁷.

Ceballos⁸, plantea el análisis del cuidado humanizado que ofrecen las enfermeras en los diferentes ámbitos del desarrollo profesional. Visualiza que esta mirada humana es necesaria en todas las áreas de desarrollo profesional de enfermería. Se destaca que el cuidado humanizado es más que brindar un buen trato o sólo satisfacción usuaria, sino la atención que se les entrega en una situación que necesita ser cuidado; otorgándole cuidados holísticos centrados en la persona.

Por lo tanto, “la claridad de la expresión de ayuda y sentimientos, es el mejor camino para experimentar la unión y asegurar la comprensión entre enfermería-paciente”⁹, lo cual logra reducir el tiempo de recuperación de manera significativa, atribuyendo esto a que “el grado de autenticidad y sinceridad se relaciona con la eficacia del cuidado, estableciendo un vínculo de confianza y empatía, haciendo que el paciente se sienta parte de todos los procesos involucrados en su situación

⁷ SILVA, Jaime. Et al. Percepción del paciente hospitalizado respecto a la atención de enfermería en un hospital público, [En línea]. Citado el 30 de mayo del 2018. disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v12n2/1665-7063-eu-12-02-00080.pdf>

⁸ CEBALLOS, PA. Desde los ámbitos de enfermería, analizando el cuidado humanizado. Cienc Enferm, 2010; 16(1): 31-35.

⁹ AVILA, Alicia; MENDOZA, Rodolfo y CONTRERAS, Sonia. Instrumento para valoración del cuidado humanizado brindado por profesionales de enfermería a personas hospitalizadas. Chile. 2016. [En línea]. Citado el 20 de enero del 2018. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962016000300011

de salud, familiarizándolo con el ambiente y relacionando en este vínculo también a su familia y su cultura”¹⁰.

La atención de los miembros del equipo de salud puede ser captada por los aparatos y demás elementos de la tecnología que se utiliza en la UCI; es por tanto indispensable que los enfermeros y todos los miembros del equipo de salud tomen las precauciones necesarias para no caer en el error de considerar estos elementos como un fin que desplaza a los pacientes del papel primario que deben tener en la realización del cuidado.

Por lo anterior es necesario tomar medidas que nos ayuden a motivar a la mejora de la relación enfermería- paciente, y de esta manera fortalecer la humanización, por esto Santana afirma que “para la prestación de servicios de enfermería de calidad son necesarias intervenciones, basadas en investigaciones científicas, dirigidas a la realización de gestión del cuidado, utilizando para ese fin: el establecimiento de indicadores que permitan la evaluación de resultados; el comprometimiento y el involucramiento de todos en el proceso de mejora continua”¹¹.

La enfermería es “una relación humana entre un paciente y una enfermera, mediante la cual es posible reconocer y responder a la necesidad de ayuda y al problema del paciente”¹². La enfermera siempre es percibida de múltiples formas por parte del paciente, pero principalmente como ese ser que reparte dones a su paso, pero para que esta pueda “ejecutar el cuidado, su objeto de conocimiento y

¹⁰ Ibid., 2016.

¹¹ SANTANA, Juliana. et. al Calidad de los cuidados de enfermería y satisfacción del paciente atendido en un hospital de enseñanza. [En línea]. citado el 8 de febrero del 2018. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/es_0104-1169-rlae-22-03-00454.pdf

¹² MEJIA. María. Reflexiones sobre la relación interpersonal enfermera-paciente en el ámbito del cuidado clínico. Medellín, Colombia, 2006. [En línea]. Citado el 19 de marzo del 2018. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962006000200010&script=sci_arttext&lng=pt

razón de ser, requiere de una formación científica, tecnológica y humanística que le permita, en su interacción con los pacientes, realizar acciones que exigen la participación de ambos”¹³.

Con fines metodológicos, analizaremos la percepción del paciente desde un instrumento que mide la satisfacción del usuario acerca del cuidado de enfermería, evaluada mediante componentes o conjunto de elementos que forman parte del proceso de prestación de servicios de salud, como “la expresión de la adecuación de la asistencia que se presta, la capacidad de los profesionales; el Confort, conjunto de aspectos y circunstancias que permiten al paciente sentirse a gusto”¹⁴, Basado en esos componentes, “la atención de enfermería debe ser personalizada, humanizada, continua y eficiente de acuerdo a estándares de una práctica profesional competente y responsable, con el propósito de lograr una percepción positiva en el paciente”¹⁵, que es una “medida de opinión con relación al cuidado de enfermería brindado durante su estancia hospitalaria”¹⁶.

Partiendo de lo anterior, durante la atención de un paciente enfermería es la encargado de una serie de procesos asistenciales, educativos y administrativos que incluyen sentimientos y emociones por parte del paciente “el objetivo de la enfermería consiste en facilitar la consecución por la persona de un mayor grado de armonía entre mente, cuerpo y alma, que engendre procesos de autoconocimiento, respeto a uno mismo, autocuración y autocuidados”¹⁷.

¹³ Ibid., 2006.

¹⁴ REVISTA NURSING. Experiencias en enfermería. Gerber Lois, diciembre 2004, p.43.

¹⁵ REVISTA ANEC No 60. Las enfermeras al cuidado de todos, Bogota.D.C, p. 18 marzo 2003.

¹⁶ REVISTA NURSING. Enfermería hospitalaria. Aucoin W. Julia diciembre 2004, p.21.

¹⁷ IZQUIERDO, Esther. Enfermería: Teoría de Jean Watson y la inteligencia emocional, una visión humana. Habana, Cuba, 2015. [En línea]. citado el 20 de marzo del 2018. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubenf/cnf-2015/cnf153f.pdf>

Otro aspecto que se destaca en lo relativo a la comunicación se refiere a que los pacientes, para comunicar sus necesidades, emociones y sentimientos, utilizan medios diferentes a la expresión oral, tales como gestos, movimientos, llanto y miradas. La habilidad para interpretar este tipo de mensajes es indispensable para no hacer falsas inferencias y diagnósticos y erróneas decisiones en los planes de cuidado.

La accesibilidad “ha sido definida como la forma en que los servicios de salud se acercan a la población”. Se considera “como algo adicional a la mera presencia o 'disponibilidad' del recurso en un cierto lugar y en un momento dado. Comprende las características del recurso que facilitan o dificultan el uso por parte de los clientes potenciales”. Confortar es considerado el arte de animar, levantar, fortalecer, restaurar o volver a su estado natural a una persona o dejarla mejor que antes; también está relacionado con la habilidad de dar fuerza a una persona debilitada, agotada o dar animo o consuelo a una persona afligida.

Teniendo en cuenta que anticiparse es la capacidad de poder prever las situaciones que pueden presentarse a lo largo de la estancia de un paciente dentro de la unidad y que pueden afectar significativamente el estado de salud de este, incluyendo todas las medidas que la enfermera toma para evitar que ocurra cualquier evento.

La confianza es la seguridad o esperanza firme que alguien tiene sobre otro individuo, por lo que “una relación basada en la confianza constituye un requisito necesario para la buena marcha del proceso terapéutico” una buena comunicación propicia que se pueda obtener una información adecuada y generar en el enfermo un sentimiento de seguridad que lo haga receptivo a la sugerencia y recomendaciones de la enfermera, son aspectos que inciden positivamente en la evolución de la enfermedad.

La monitorización es la verificación o seguimiento de “la calidad de la asistencia prestada en un servicio, determinando tanto la seguridad del paciente como la eficacia”, esta debe llevarse a cabo periódicamente debido a que de esta dependen los planes terapéuticos a seguir, además de que podemos evaluar el progreso o recuperación de cada paciente, así como también prever cualquier situación de emergencia y tratarla a tiempo.

2.2. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.

Con relación a esta temática existen diversos estudios que dan cuenta de la importancia que tiene enfermería en el cuidado de los pacientes en estado crítico, y como este cuidado afecta su recuperación ya sea positiva o negativamente.

Los servicios de hospitalización y de alta complejidad, presentan “ambientes estresantes con cargas emocionales que generan sentimientos como el dolor, la tristeza, el sufrimiento, la impotencia, tanto en el sujeto de cuidado como en los enfermeros; en algunas de ellas se producen situaciones de despersonalización del cuidado, que llevan en cierta medida a alejar el contacto con el verdadero cuidado humanizado”¹⁸.

Huatuco GJ. (2009) en su trabajo investigo La calidad del cuidado de enfermería y el grado de satisfacción según percepción constituida por 20 pacientes, y 10 enfermeras, cuyo objetivo general fue determinar la calidad de los cuidados de enfermería y la satisfacción según percepción del paciente , concluyo que los adultos mayores tienen un nivel de satisfacción medio respecto al trato personal

¹⁸ Grupo de cuidado. Avances conceptuales del Grupo de Cuidado. En: Dimensiones de cuidado. Grupo de Cuidado, Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: Unibiblos; 2000

brindado en el servicio siendo más baja la dimensión interpersonal 60% y respecto a la dimensión técnica asociada a la prestación de servicios, el 60% tuvo una respuesta positiva.

Anguiano A. (2011) analizo la percepción que respecto al trato digno que le brinda enfermería, en 100 pacientes, concluyó que: El 100% de los participantes consideraron que fue un trato digno muy bueno con un cuidado de muy buena calidad y en lo concerniente a la percepción del trato digno, según la relación de ayuda que proporciona enfermería, encontró que el 62.5% calificaron como mala relación.

Chávez en su estudio concluyo que “la satisfacción global del cuidado de enfermería, fue percibida por los pacientes como alta en un 80.6% y regular por el 19.4% de pacientes encuestados, la satisfacción frente a las dimensiones de la calidad del cuidado, monitoreo, la accesibilidad y brindar confort, fueron las mejores evaluadas”¹⁹.

Lenis concluyo que “los pacientes tienen una percepción positiva sobre el cuidado de enfermería recibido en la institución, con una puntuación de 93,22 para la dimensión de experiencia con el cuidado y de 78,12 en la dimensión de satisfacción, lo cual indica que la calidad del cuidado de enfermería percibida por los pacientes en la institución es buena”²⁰.

¹⁹ CHÁVEZ, Diana. Et al. percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados en el hospital universitario del caribe. Cartagena, Colombia. 2013. [En línea]. citado el 28 de mayo del 2018. Disponible en: <http://190.242.62.234:8080/jspui/bitstream/11227/2686/1/informefinal.pdf>

²⁰ LENIS, Claudia; MANRIQUE, Fred. Calidad del cuidado de enfermería percibida por pacientes hospitalizados. 2015. Barranquilla, Colombia. citado el 31 de mayo del 2018. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/3925/3988>

Torres en su investigación concluyo que “Los pacientes del estudio están conformes con el cuidado y la atención brindada por las enfermeras durante su estancia en la terapia, en la valoración que dieron los pacientes sobre el cuidado brindado por las enfermeras en general fue excelente con un porcentaje de 58.7%, seguido de muy bueno con 29.3%, bueno con 10.7% y regular con 1.3%”²¹.

Molina por su parte concluyo que “según la evaluación de la calidad del cuidado en el servicio de hospitalización domiciliaria con base en la aplicación del instrumento Care Q, el cumplimiento de comportamientos de cuidado evaluado por enfermeras, determina que tiene un porcentaje de cumplimiento del 83% lo que indica una buena percepción del servicio de enfermería en el servicio lo que puede indicar un grado de satisfacción alto por parte de los usuarios”²².

Cabe señalar que, aunque se han publicado diferentes estudios en Colombia, para determinar la percepción de los pacientes sobre prácticas de cuidado humanizado por enfermería, hasta la fecha son escasos los estudios que abordan este tema teniendo en cuenta las características de los pacientes, la cultura, las expectativas, los factores personales y la enfermedad, que pueden influir e impactar de manera negativa en la posibilidad de brindarlo.

²¹ TORRES, Claudia; BUITRAGO, Marcela. percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes oncológicos hospitalizados. 2011. . [En línea]. Citado el 4 de junio de 2018. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3595/359533178007.pdf>

²² MOLINA, Edith. Evaluación de la calidad del cuidado de enfermería en un servicio de hospitalización domiciliaria en Bogotá D.C. Colombia. 2011. [En línea]. citado el 4 de junio del 2018. disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/6471/1/Edithmilenamolinacardona.2011.pdf>

A este respecto, Espinoza²³ determinó que existe una percepción muy baja del cuidado que realiza enfermería en favor de los pacientes, percepción basada en el hecho de que solo algunas veces se aplican los criterios para un cuidado humanizado y una adecuada calidad en la atención. El estudio muestra que el 24,7 % de pacientes nunca percibe este cuidado, en tanto que el 39,7% solo lo percibe algunas veces.

Cuando se quiere prestar un cuidado integral de los pacientes es fundamental tener en cuenta que, “la familia y el trabajo, así como el poder socioeconómico se constituyen en parte sustantiva que influyen en el estado del paciente y que en muchas oportunidades generan grado de preocupaciones”²⁴, esta realidad se debe tener en cuenta al momento de brindar los cuidados de enfermería, ya que podemos lograr mejorar el estado de salud de los pacientes.

A medida que se adquiere experiencia, se adquiere también la habilidad para tratar con mayor calidez a los pacientes, es allí donde se aprende que, “no siempre la comunicación será verbal, hay ocasiones en que tan solo una mirada, una sonrisa es tan importante; con solo tocarlos, expresamos mucho más de lo que se cree; y ellos así lo comprenden”²⁵, y con el tiempo se ve que de pequeñas acciones se logran grandes resultados.

Esto es algo que percibimos realmente deficiente durante la experiencia en los campos clínicos y actualmente en el entorno laboral, día a día no se lleva a cabo

²³ ESPINOZA L, HUERTA K, PANTOJA J, VELÁSQUEZ W, CUBAS D, RAMOS A. El cuidado humanizado y la percepción del paciente. 2010. [En línea]. Citado el 15 enero de 2018. Disponible en: http://www.uap.edu.pe/investigaciones/Esp/Revista_13_Esp_05.pdf

²⁴ GONZÁLEZ, Renata. Cuidado de Enfermería al Paciente Crítico. Avances en enfermería. Bogotá. [En línea]. citado el 6 septiembre 2017. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/16428/17358>.

²⁵ Ibid.

ese cuidado óptimo debido a distintos factores que modifican las conductas; dichos factores son desconocidos. Todo esto trae como consecuencia una atención carente de calidad y calidez para el paciente, motivo por el cuál consideramos importante investigar.

2.3. MARCO CONCEPTUAL

A continuación, se describen los conceptos que enmarcan nuestra investigación:

2.3.1. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

La unidad de cuidados intensivos (UCI) es un servicio de alta complejidad cuyo objetivo es brindar un cuidado integral a aquellas personas en condiciones críticas de salud, todas las unidades de cuidado intensivo tienen características particulares a diferencia de otros servicios hospitalarios, como su distribución, la cual puede variar unas de otras; hallándose algunas circulares con el puesto de enfermería en el centro y otras lineales pero de igual forma el puesto de enfermería es central y en frente de los cubículos donde se encuentran los pacientes, otras conservan la estructura de los servicios de hospitalización con habitaciones similares pero con la adecuación eléctrica y tecnológica necesarias. Todas estas características sumadas a la restricción en el ingreso de la familia, el ruido constante de los equipos, el frío ocasionado por el aire acondicionado y la iluminación, hacen de la permanencia en la UCI una experiencia poco placentera además que está cargada de incertidumbre afectando la condición del paciente. Y por otro lado debemos tener en cuenta que dentro de “la tecnología de la UCI hay diversidad de equipos que permiten conocer algunas variables fisiológicas, contribuir a la interpretación de la situación clínica del paciente y enfocar la terapéutica, los cuales pueden ocasionar discomfort en el paciente debido a que

están adheridos a la piel, algunos pueden transgredir las barreras naturales y limitar la autonomía, la movilidad y el bienestar”²⁶, sin olvidar el ruido que pueden ocasionar y la dificultad para conciliar el sueño.

2.3.2. PACIENTE CRITICO

El paciente crítico es aquel individuo que, por padecer una enfermedad aguda o una reagudización de una enfermedad crónica, manifiesta signos y síntomas que, en su conjunto, expresan la máxima respuesta posible de su organismo ante la agresión sufrida. Según Elsie²⁷ todo esto en presencia de otro individuo que es capaz de interpretar estas manifestaciones. La intensidad de la experiencia que supone el paso por una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es innegable. El paciente es arrancado de su entorno, de su hogar, separado de sus seres queridos, sometido a numerosas técnicas invasivas dolorosas y siente que la muerte puede estar cercana. Este en un ambiente desconocido, intuyendo que en cualquier momento se puede producir un trágico desenlace. En algún momento puede estar inconsciente, rodeado de cables, conectado a tubos, no saben si son las últimas horas o si quedará incapacitado para el resto de su vida. Es por esto que el enfermero no puede dejar de lado y hacer caso omiso a lo que ve, lo que oye y lo que percibe que está sintiendo esa persona que temporalmente requiere parcial o totalmente de ella y de sus cuidados para sentir que su situación es menos trágica de lo que parece, y al hablar de cuidados debemos hacerlo de forma holística, incluyendo el apoyo emocional y el equilibrio entre cuerpo y alma que podemos llegar a hacer alcanzar a esa persona.

2.3.3. CUIDADO DE ENFERMERÍA

²⁶ Ibid.,

²⁷ TURCHETTO E. A qué llamamos paciente críticamente enfermo y cómo lo reconocemos. Artículos especiales. Revista del Hospital Privado de Comunidad. Volumen 8, número 2, agosto-diciembre 2005.

El cuidado son todas aquellas acciones que realiza el profesional de enfermería con el fin de incentivar o potencializar los recursos individuales y colectivos de la persona o del (los) grupo (s) a que pertenece, de manera que se constituya en un agente central, activo, decidido y autónomo de su propia salud, por lo que “Cuidar es una actividad humana que se define como una relación y un proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad. En enfermería, el cuidado se considera como la esencia de la disciplina que implica no solamente al receptor, sino también a la enfermera como transmisora de él”²⁸. Por otra parte, es importante mencionar que el cuidado tiene como finalidad promover la salud y el crecimiento de la persona.

2.3.4. HUMANIZACIÓN DEL CUIDADO

Todos los modelos y teorías de enfermeras se fundamentan y tienen una visión humanista del cuidado, Watson²⁹, refiere que el cuidado es para la enfermería su razón moral, no es un procedimiento o una acción, el cuidar es un proceso interconectado, intersubjetivo, de sensaciones compartidas entre la enfermera y paciente. En la cual la enfermera influye de manera directa en la toma de decisiones que “influyen directa e indirectamente en su contexto social, a través de actitudes de ayuda que generan un reconocimiento de la enfermería como una carrera humanitaria”³⁰.

²⁸ BAEZ, Francisco, et al. El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. Chía, Colombia. 2009. [En línea]. citado el 30 de abril del 2018. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v9n2/v9n2a02.pdf>

²⁹ POBLETE, Margarita y VALENZUELA, Sandra. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. Chile. 2007. [En línea]. citado el 30 de abril del 2018. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/18.pdf>

³⁰ BAEZ, Francisco, et al. El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. Chía, Colombia. 2009. [En línea]. citado el 30 de abril del 2018. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v9n2/v9n2a02.pdf>

En pocas palabras la humanización del cuidado es el proceso de comunicación y apoyo mutuo entre las personas, orientado hacia la transformación de una mala experiencia en un proceso de amable de recuperación ya que “Una mano cálida, una mirada de confianza, una actitud de respeto y consideración son muestras de interés por el ser humano y una experiencia de vida menos traumática para narrar”³¹.

2.4. MARCO LEGAL

Al realizar la revisión de la legislación vigente en Colombia encontramos:

Resolución 2003/14 en el cual se dictan Estándares y Criterios de Habilitación por Servicio³², y se reglamenta que la UCI es un servicio de atención de pacientes, adultos, críticamente enfermos, recuperables, donde se desarrollan actividades precisas de monitorización y manejo de pacientes, cuya condición clínica, pone en peligro la vida en forma inminente necesitan soporte para la inestabilidad neurológica, hemodinámica, respiratoria, gastrointestinal, renal, endocrina, hematológica, metabólica o después de una cirugía mayor.

Ley 911/04 por el cual el Congreso de Colombia³³, define que el acto de cuidado de enfermería es el ser y la esencia del ejercicio de la profesión. Se fundamenta en sus propias teorías y tecnologías y en conocimientos actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas. Se da a partir de la comunicación y relación interpersonal humanizada entre el profesional de enfermería y el ser

³¹ RODRIGUEZ, Allan. Enfermería ante la deshumanización: una necesidad por ser considerada desde la filosofía de Emmanuel Levinas. Costa rica. 2011. [En línea]. citado el 30 de abril del 2018. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v32n1/art7.pdf>

³² MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución número 00002003 de 2014 (28 MAY 2014) [En línea] https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf

³³ MINISTERIO DE EDUCACIÓN. Ley 911 de 2014. [En línea] http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105034_archivo_pdf.pdf

humano, sujeto de cuidado, la familia o grupo social, en las distintas etapas de la vida, situación de salud y del entorno. Implica un juicio de valor y un proceso dinámico y participativo para identificar y dar prioridad a las necesidades y decidir el plan de cuidado de enfermería, con el propósito de promover la vida, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento en la rehabilitación y dar cuidado paliativo con el fin de desarrollar, en lo posible, las potencialidades individuales y colectivas”³⁴.

Resolución 8430/1993:

ARTÍCULO 5: En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar.

ARTICULO 8: En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

ARTÍCULO 10: El grupo de investigadores o el investigador principal deberán identificar el tipo o tipos de riesgo a que estarán expuestos los sujetos de investigación.

ARTICULO 11: Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

³⁴ Ibíd., p. 1.

La Ley 911 de 2004:

Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la Profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones.

ARTÍCULO 1: El respeto a la vida, a la dignidad de los seres humanos y a sus derechos, sin distinción de edad, credo, sexo, raza, nacionalidad, lengua, cultura, condición socioeconómica e ideología política, son principios y valores fundamentales que orientan el ejercicio de la enfermería.

ARTÍCULO 3: El acto de cuidado de enfermería es el ser y esencia del ejercicio de la Profesión. Se fundamenta en sus propias teorías y tecnologías y en conocimientos actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas. Se da a partir de la comunicación y relación interpersonal humanizada entre el profesional de enfermería y el ser humano, sujeto de cuidado, la familia o grupo social, en las distintas etapas de la vida, situación de salud y del entorno. Implica un juicio de valor y un proceso dinámico y participativo para identificar y dar prioridad a las necesidades y decidir el plan de cuidado de enfermería, con el propósito de promover la vida, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, en la rehabilitación y dar cuidado paliativo con el fin de desarrollar, en lo posible, las potencialidades individuales y colectivas.

3. METODOLOGÍA

- 3.1. Tipo de estudio:** El tipo de estudio es descriptivo transversal con enfoque cuantitativo.
- 3.2. Escenario de estudio:** El estudio se realizó en la unidad de cuidados intensivos de una IPS de la ciudad de Montería, escenario donde se atienden pacientes que requieren cuidado constante y atención especializada durante las 24 horas del día debido a su estado crítico.
- 3.3. Población y muestra:** Pacientes adultos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos durante el periodo de recolección de la información y que cumplieron con los criterios de inclusión.
- 3.4. Unidad de análisis:** Pacientes adultos hospitalizados en la UCI de una IPS de Montería
- 3.4.1. Criterios de inclusión:**
- Paciente en completa facultad mental, capaz de dar testimonio de su experiencia valorada a través de un instrumento.
 - Pacientes ingresados a la unidad de cuidados intensivos mayores de 18 años.
 - Pacientes que lleven más de 48 horas en la unidad de cuidados intensivo y que acepten participar en el estudio con respectivo consentimiento informado.

3.4.2. Criterios de exclusión:

- Pacientes menores de 18 años.
- Pacientes que presenten alteraciones mentales o estén incapacitados para contestar por su estado de salud.
- Pacientes que no desee dar su consentimiento para la investigación.

3.5. Recolección de la información: La información fue recolectada por las investigadoras en el periodo de febrero del 2018 a abril del 2018, a través del Caring Assessment Instrument (Care-Q) adaptado al idioma español, por Patricia Larson y aplicado a los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión con previa prueba piloto. El instrumento consta de 5 dimensiones: accesibilidad, confortar, anticiparse, mantener relación de confianza, monitorear y hacer seguimiento, consta de 40 ítems, evaluados mediante dos opciones de respuesta (sí) (no), con respecto a la percepción que tiene el paciente.

3.6. Procesamiento y análisis de la información: La información recolectada proveniente del instrumento, se procesó utilizando el programa Excel versión 2016, y el análisis e interpretación de los resultados se hizo mediante técnicas de la estadística descriptiva con distribución de frecuencias y porcentajes, para el análisis de esta nos apoyamos en la estadística descriptiva y posteriormente análisis de contenido.

3.7. Aspectos éticos y legales: Para esta investigación se tendrá en cuenta la resolución 8430/1993, del ministerio de salud, la cual establece las bases conceptuales y legales de la investigación en salud y de acuerdo con el capítulo 11 de la anterior resolución, este es un estudio sin riesgo ético.

4. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

4.1. Caracterización demográfica de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos en una IPS de la ciudad de Montería.

Tabla 1. Variables demográficas de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos en una IPS de la ciudad de Montería.

VARIABLES	N°	%
1. TIEMPO DE ESTANCIA		
DE 1 A 4 DÍAS	5	33,3
DE 5 A 8 DÍAS	4	26,7
DE 8 A 11 DÍAS	3	20,0
12 DÍAS O MAS	3	20,0
2. EDAD		
20-35 AÑOS	2	13,0
36-50 AÑOS	4	27,0
51 A 60 AÑOS	4	27,0
61 EN ADELANTE	5	34,0
3. PATOLOGÍAS DE INGRESO		
CRÓNICAS	3	20,0
AGUDAS	12	80,0

Fuente: instrumento

El tiempo de estancia de los pacientes en la unidad de cuidados intensivos muestra que un 33,3% de los participantes tenían de 1 a 4 días en esta unidad, el 26,7% llevaban entre 5 a 8 días, el 20% entre 8 a 11 días, el 20% 12 días o más. El tiempo de estancia de un paciente en esta unidad depende de muchísimos otros factores, como la edad, el diagnostico de ingreso, el sexo, la evolución y los cuidados que han recibido cada uno de ellos, ya que sin importar que un diagnostico sea igual, el cuidado es individualizado y brindado según las

necesidades de cada caso, influyendo también de esta manera la capacidad fuerza y resistencia de cada ser humano.

Estos resultados se pueden comparar con el estudio de Tamayo³⁵ donde la distribución de los participantes de acuerdo con el periodo de estancia del paciente en UCI fue de 0 a 3 días del 22,9%, de 3 a 7 días 38,3%, de 7 a 10 días 23,9% y de 10 días o más 16,9%. En donde sugiere que “la evaluación positiva de la asistencia recibida se mantiene con el paso del tiempo y que la estancia prolongada en la UCI puede incrementar el umbral auditivo de los pacientes para despertar y generar adaptación al ruido.

Se encontró que en mayor número a los pacientes de 61 años en adelante, con un 34% del total de la muestra, y en menor número con un total del 13% a los pacientes de 20 a 35 años, el restante se dividió equitativamente entre los pacientes de 35 a 50 años y de 50 a 60 años, con un 27 % en cada grupo etario; es claro que un anciano no tiene la misma capacidad de respuesta que un joven ante situaciones críticas de salud, ya que con la vejez se experimentan cambios propios de la edad como el deterioro funcional y este deterioro durante una hospitalización puede llevar o hacer más susceptible que se presenten complicaciones propias de la patología si no se brinda un cuidado adecuado, además de que debido al propio proceso del envejecimiento se da una disminución de la fuerza muscular y de la capacidad aeróbica, inestabilidad vasomotora, reducción de la masa ósea, reducción de la ventilación pulmonar, entre otras condiciones que pueden hacer más difícil y alargado este proceso.

³⁵ TAMAYO, Diana. Validación de la escala de satisfacción familiar CCFSS en unidades de cuidado crítico en hospitales universitarios de Bogotá. Colombia. 2013. [En línea]. citado el 16 de mayo del 2018. Disponible en: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/13710/TamayoFuquenDianaCarolina2013.pdf?sequence=1>

Este resultado se puede comparar con el estudio de Achury³⁶ donde los paciente de “17 a 40 años se presentan en un 20%, al igual que los paciente de 41 a 59 con un 20% y los pacientes mayores de 60 con un 60%, en este estudio el porcentaje mayor también fue de los pacientes mayores de 60 años, se destacó que la valoración puede diferir de la perspectiva de sujetos mayores y que a mayor edad mayor era el grado de satisfacción por la atención.

Con relación al diagnóstico médico de ingreso de los pacientes admitidos en la UCI, se evidencio que aquellos con patologías crónicas tales como politraumatismo, TEC, neumonía, entre otros, son un 80,0% del total de los pacientes y aquellas patologías agudas tales como el EPOC y la ICC, forman un 20,0%. La UCI es un servicio en el que el personal de enfermería está enfrentado a un sin número de patologías, es ahí donde debemos individualizar el cuidado, la planificación y la acción de ese plan que los enfermeros construyen para brindar a un paciente las herramientas necesarias para que alcance su pronta recuperación. Teniendo en cuenta que independientemente del diagnóstico del paciente, el trato que se brinda debe ser digno y humanizado y este se debe ver evidenciado en cada uno de ellos.

Estos resultados se pueden comparar con el estudio de Achury³⁷, con relación al motivo de ingreso a esta unidad, donde se encontró que “el 63% presentó patologías de manejo médico, como infarto agudo de miocardio, diabetes mellitus, falla respiratoria y falla cardiaca, el otro 37% fue para aquellas patologías quirúrgicas. en este se encontró que independientemente de la enfermedad esta desencadena estados de estrés fisiológico y emocional.

³⁶ ACHURY, Diana. Et al. El sueño en el paciente hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo. 2014. Colombia. [En línea]. citado el 16 de mayo del 2018. disponible en: <file:///C:/Users/Windows%2010/Downloads/6857-34388-1-PB.pdf>

³⁷ Ibíd., 2014.

4.2. Análisis del instrumento CARE-Q adaptado al español.

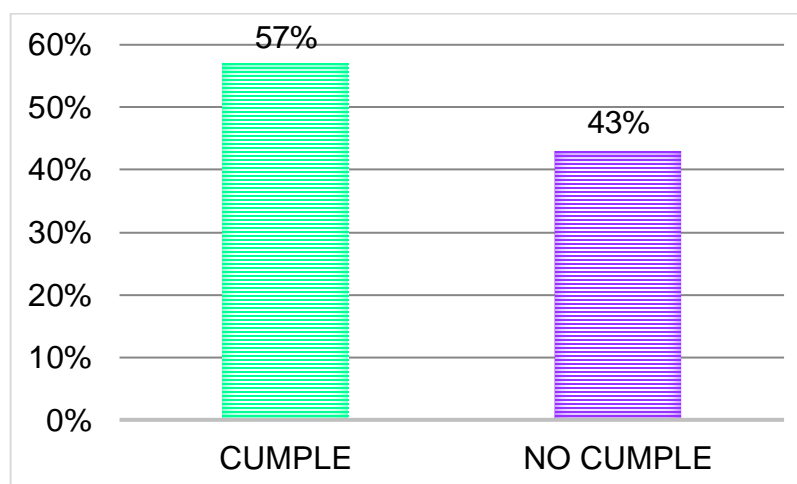
Tabla 2. Instrumento CARE-Q adaptado al español.

COMPORTAMIENTO EVALUADO		SI F	NO F
DIMENSIÓN 1: ACCESIBILIDAD	Realiza acciones para aliviar el dolor antes de realizar procedimientos invasivos.	9	6
	Recibe la medicación en horario.	15	0
	Se acerca a su unidad con frecuencia para verificar cómo se siente.	4	11
	Responde rápidamente a su llamado.	10	5
	Informa que puede ser llamada cada vez que necesite.	13	2
	Brinda información clara y precisa sobre el actual estado de salud.	3	12
	Informa cómo puede cuidarse.	15	0
DIMENSIÓN 2: CONFORTAR	Sugiere preguntas que puede formular al médico.	8	7
	Se esfuerza para que pueda descansar cómodamente.	4	11
	Motiva a buscar elementos positivos al tratamiento.	14	1
	Es cordial.	7	8
	Entabla conversación.	5	10
	Establece contacto físico cuando necesita consuelo.	2	13
	Escucha con atención.	7	8
	Habla con amabilidad.	6	9
DIMENSIÓN 3: ANTICIPARSE	Involucra a la familia en el cuidado.	8	7
	Presta mayor atención en las horas de la noche.	5	10
	Busca oportunidad para informar sobre la situación de salud.	1	14
	Cuando se siente agobiado por la enfermedad acuerda un nuevo plan de intervención en caso de necesidad.	7	8
	Está pendiente de las necesidades para prevenir posibles alteraciones en el estado de salud.	6	9
	Comprende que esta experiencia es difícil y le presta especial atención.	9	6
	Cuando realiza algún procedimiento se concentra única y exclusivamente en ello.	10	5
	Permanece interesada después de haber pasado por una fase crítica.	9	6
	Concilia antes de iniciar un procedimiento o intervención.	1	14

DIMENSIÓN 4: MANTENER RELACIÓN DE CONFIANZA	Ayuda a aclarar dudas en relación a la situación.	9	6
	Acepta que es usted quien mejor se conoce, y lo incluye en la planificación y manejo del cuidado.	11	4
	Anima para que formule preguntas al médico relacionado con la situación de salud.	5	10
	Lo pone en primer lugar, sin importar que pase a su alrededor.	9	6
	Es amistosa y agradable con sus familiares.	6	9
	Permite expresar sentimientos sobre su enfermedad y tratamiento.	4	11
	Mantiene un acercamiento respetuoso.	14	1
	Lo identifica y trata como una persona individual.	13	2
DIMENSIÓN 5: MONITOREAR Y HACER	Se identifica y se presenta.	2	13
	Se asegura de la hora establecida para los procedimientos especiales y verifica su cumplimiento.	15	0
	Es organizada en la realización de su trabajo.	14	1
	Realiza procedimientos con seguridad.	15	0
	Es calmada.	12	3
	Proporciona cuidado físico.	15	0
	Se asegura que sus familiares sepan cómo cuidarlo.	8	7
	Identifica cuando es necesario llamar al médico.	13	2
	TOTAL	343	257

Fuente: instrumento

Grafica 1. Instrumento CARE-Q Adaptado al español.



Fuente: instrumento

Esta grafica permite observar de manera general la percepción que tienen los pacientes acerca del cuidado recibido por el personal de enfermería, donde el porcentaje general de cumplimiento fue de 57% lo que nos indica que la percepción de los pacientes acerca del cuidado que brinda enfermería es regular. Teniendo en cuenta que los porcentajes de 70 a 100 es alto, de 69 a 49 medio y menor de 49 es bajo. Es importante utilizar el tiempo para brindar consuelo a un ser que se encuentra enfermo, aislado de su familia y que necesita que alguien le escuche con atención y que pueda brindarle una palabra de apoyo y motivación, porque no hay mejor medicina que brindar una sonrisa o una palabra a un alma y cuerpo cansado, porque el cuidado no solo es físico, es también psicológico, social y espiritual.

Estos resultados se pueden comparar con el estudio de Guerrero, donde “el porcentaje que más predominio fue un 52%, el cual significa que los Lic. De enfermería brindan un cuidado humanizado, medianamente regular”³⁸.

En el estudio de García³⁹, se define el porcentaje de cumplimiento global de todas las categorías en un 77,91%. Esto podría traducirse en un elevado grado de satisfacción de los pacientes con las conductas de atención de Enfermería que reciben ya que estas satisfacen todas las esferas del paciente, consiguiendo con ello un abordaje biopsicosocial del paciente, es decir, un abordaje integral de sus necesidades.

³⁸ GUERRERO, Rosa. Et al. Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Lima, Perú. 2015. [En línea]. citado el 28 de mayo del 2018. disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/viewFile/3017/2967>

³⁹ GARCIA, Candelaria. Evaluación de la satisfacción de los pacientes con los cuidados enfermeros en un hospital de tercer nivel. Tenerife, España. 2016. [En línea]. citado el 28 de mayo del 2018. Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/3724/EVALUACION%20DE%20LA%20SATISFACCION%20DE%20LOS%20PACIENTES%20CON%20LOS%20CUIDADOS%20ENFERMEROS%20EN%20UN%20HOSPITAL%20DE%20TERCER%20NIVEL.pdf?sequence=1>

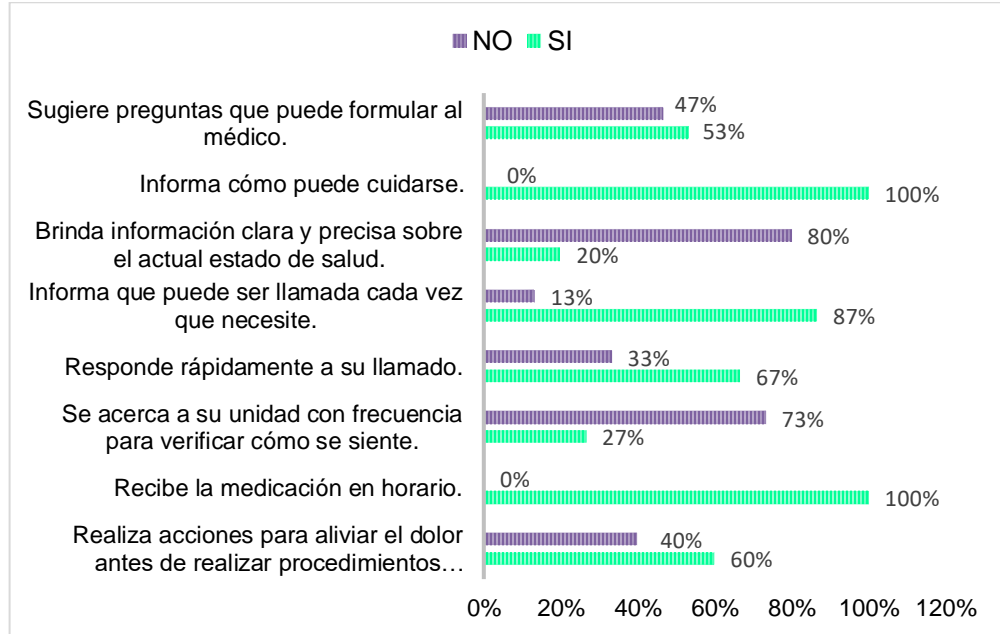
4.2.1. Dimensiones para medir la calidad del cuidado con respecto a la atención humanizada y el trato digno.

Tabla 3. Dimensión 1: accesibilidad

DIMENSIÓN 1: ACCESIBILIDAD	SI		NO	
	F	%	F	%
Realiza acciones para aliviar el dolor antes de realizar procedimientos invasivos.	9	60,0	6	40,0
Recibe la medicación en horario.	15	100,0	0	0,0
Se acerca a su unidad con frecuencia para verificar cómo se siente.	4	27,0	11	73,0
Responde rápidamente a su llamado.	10	67,0	5	33,0
Informa que puede ser llamada cada vez que necesite.	13	87,0	2	13,0
Brinda información clara y precisa sobre el actual estado de salud.	3	20,0	12	80,0
Informa cómo puede cuidarse.	15	100,0	0	0,0
Sugiere preguntas que puede formular al médico.	8	53,0	7	47,0

Fuente: instrumento

Grafica 2. Dimensión 1: accesibilidad



Fuente: instrumento

La dimensión 1 denominada accesibilidad, nos indica que el 100% de los pacientes considera que el personal de enfermería informa como puede cuidarse y que reciben la medicación en horario, por otro lado, el 87% de los pacientes manifestaron que el personal de enfermería les informa que pueden ser llamados cada vez que los necesiten, el 67% manifiesta que el personal de enfermería responde rápidamente a su llamado, el 60% realiza acciones para aliviar el dolor antes de realizar procedimientos invasivos, el 53% sugiere preguntas que puede formular el médico.

Sin embargo, solo el 27% del personal de enfermería se acerca a su unidad con frecuencia para verificar como se siente, una cifra demasiado baja cuando analizamos que si no se conoce psicosocialmente al paciente, su ideología, su estado anímico o su percepción sobre esperanza de vida, como podríamos planificar o enfocar los cuidados, ya que esto se hace completamente necesario si

lo que queremos es individualizar el cuidado; y el 20% brinda información clara y precisa sobre el actual estado de salud, teniendo en cuenta que tanto a los familiares como pacientes se les debe mantener informado del estado de salud de los pacientes, con un lenguaje adecuado con relación al nivel educativo del paciente este es un resultado bajo, no dejando de lado que hay información que no nos corresponde revelar, pero que si podríamos despejar o aclarar dudas en cuando a la situación actual del paciente.

La dimensión 1 denominada accesibilidad, nos describe las acciones de enfermería que tienen que ver con la capacidad y tiempo de respuesta cuando algún paciente la solicita por algún motivo, así como también la eficiencia en el cumplimiento del proceso administrativo para que cada cuidado sea brindado en el horario y situación correspondiente.

Estos resultados se pueden comparar con el estudio de Molina, denominado, donde para la dimensión 1: accesibilidad obtuvo el 78% de cumplimiento, de acuerdo a los resultados, “se evidencia la capacidad que tiene la enfermera para la administración de los medicamentos, donde se debe tener conocimiento y habilidad para desarrollar un proceso metódico y la aplicación del juicio clínico. En el domicilio, las enfermeras como en todos los servicios son las responsables de este proceso y cumplen con las expectativas de cuidado”⁴⁰.

Tabla 4. Dimensión 2: confortar.

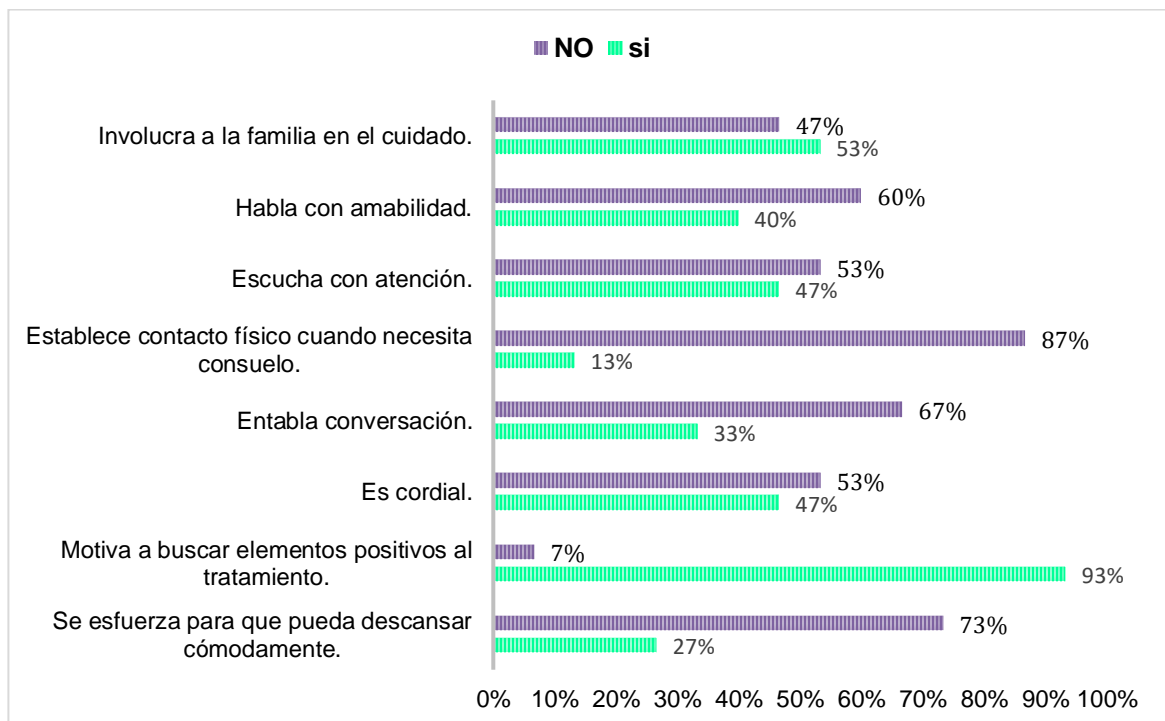
DIMENSIÓN 2: CONFORTAR	SI		NO	
	F	%	F	%
Se esfuerza para que pueda descansar cómodamente.	4	27,0	11	73,0
Motiva a buscar elementos positivos al tratamiento.	14	93,0	1	7,0

⁴⁰ MOLINA, Edith. Evaluación de la calidad del cuidado de enfermería en un servicio de hospitalización domiciliaria en Bogotá D.C. Colombia. 2011. [En línea]. citado el 28 de mayo del 2018. disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/6471/1/Edithmilenamolinacardona.2011.pdf>

Es cordial.	7	47,0	8	53,0
Entabla conversación.	5	33,0	10	67,0
Establece contacto físico cuando necesita consuelo.	2	13,0	13	87,0
Escucha con atención.	7	47,0	8	53,0
Habla con amabilidad.	6	40,0	9	60,0
Involucra a la familia en el cuidado.	8	53,0	7	47,0

Fuente: instrumento

Grafica 3. Dimensión 2: confortar.



Fuente: instrumento

La dimensión 2 denominada confortar, nos muestra que el 93% de los pacientes concuerdan que el personal de enfermería motiva a buscar elementos positivos al tratamiento, pero no se puede olvidar involucrar a la familia en el cuidado, los pacientes respondieron que el 53% del personal de enfermería lo hace. Por otro lado, el 47% de los pacientes afirmaron que el personal de enfermería es cordial y escucha con atención, el 40% habla con amabilidad, el 33% entabla conversación,

el 27% se esfuerza para que pueda descansar cómodamente y el 13% establece contacto físico cuando necesita consuelo, de esta manera no se ve evidenciada la humanización del cuidado, la parte física, psicológica y emocional que debemos manejar para tratar de animar, consolar o motivar a un paciente a que salga adelante, esta dimensión nos describe la atención desde el punto de hacer y preocuparse porque el paciente se sienta cómodo y en confianza para expresar sus ideas y sentimientos.

Estos resultados se pueden comparar con el estudio de Chávez, donde teniendo en cuenta, que el confortar “hace referencia a los cuidados que ofrece el profesional de enfermería con el fin de hacerlos sentir cómodos infundiéndole ánimo y vigor, en un entorno que favorezca el bienestar; la calidad del cuidado en brindar confort fue alta evaluada por 83.9%”⁴¹.

Tabla 5. Dimensión 3: anticiparse.

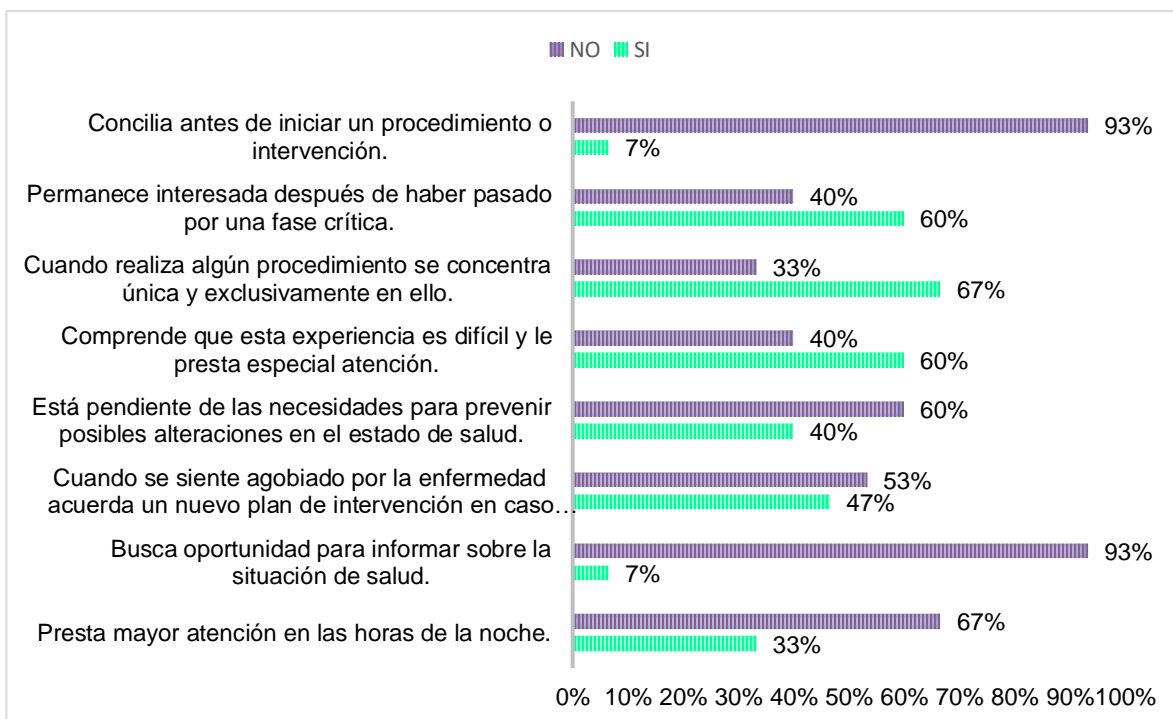
DIMENSIÓN 3: ANTICIPARSE	SI		NO	
	F°	%	F°	%
Presta mayor atención en las horas de la noche.	5	33,0	10	67,0
Busca oportunidad para informar sobre la situación de salud.	1	7,0	14	93,0
Cuando se siente agobiado por la enfermedad acuerda un nuevo plan de intervención en caso de necesidad.	7	47,0	8	53,0
Está pendiente de las necesidades para prevenir posibles alteraciones en el estado de salud.	6	40,0	9	60,0
Comprende que esta experiencia es difícil y le presta especial atención.	9	60,0	6	40,0
Cuando realiza algún procedimiento se concentra única y exclusivamente en ello.	10	67,0	5	33,0
Permanece interesada después de haber pasado por una fase crítica.	9	60,0	6	40,0

⁴¹ CHAVEZ, Diana. Et al. percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados en el hospital universitario del caribe. Cartagena, Colombia. 2013. [En línea]. citado el 28 de mayo del 2018. Disponible en: <http://190.242.62.234:8080/jspui/bitstream/11227/2686/1/informefinal.pdf>

Concilia antes de iniciar un procedimiento o intervención.	1	7,0	14	93,0
--	---	-----	----	------

Fuente: instrumento

Grafica 4. Dimensión 3: anticiparse.



Fuente: instrumento

La dimensión 3 denominada anticiparse, nos indica que el 67% de los pacientes manifestaron que el personal de enfermería cuando realiza algún procedimiento se concentra única y exclusivamente en ello, el 60% permanecen interesados después de haber pasado por una fase crítica y comprenden que esa experiencia es difícil y le presta especial atención, lo que nos indica que el personal cuenta con los conocimientos, la experiencia y el profesionalismo para realizar los procedimientos que el paciente requiera, pero como el trabajo del personal de enfermería no solo consiste en anticiparse ante lo físico, tenemos por otro lado que el 47% de los pacientes indican que cuando el personal de enfermería se siente agobiado por la enfermedad acuerda un nuevo plan de intervención en caso

de necesidad, el 40% está pendiente de las necesidades para prevenir posibles alteraciones en el estado de salud, el 33% presta mayor atención en las horas de la noche y solo el 7% busca oportunidad para informar sobre la situación de salud y concilia antes de iniciar un procedimiento o intervención, lo que nos muestra que se está dejando de lado una parte del proceso, porque el comunicar, el explicar y el verificar que al paciente le quede claro el procedimiento a realizar es parte de la intervención, porque es su cuerpo, es su intimidad, es su dignidad la que se está destapando, la que se está interviniendo por lo que no es imponer, es hacer entender cuál es el procedimiento y el papel que cumple en su proceso de recuperación, así como también hace parte de ese proceso de recuperación el preocuparse por buscar alternativas que beneficien el bienestar físico, psicológico y social de ese paciente. Esta dimensión. nos muestra como el personal de enfermería permanece atento e interesado por su bienestar.

Los resultados los podemos comparar con el estudio de García, donde la categoría “se anticipa obtuvo un resultado general de cumplimiento de todos sus ítems del 66,83%, convirtiéndose en la 2ª categoría peor valorada por los usuarios en esta investigación”⁴².

Tabla 6. Dimensión 4: mantener relación de confianza.

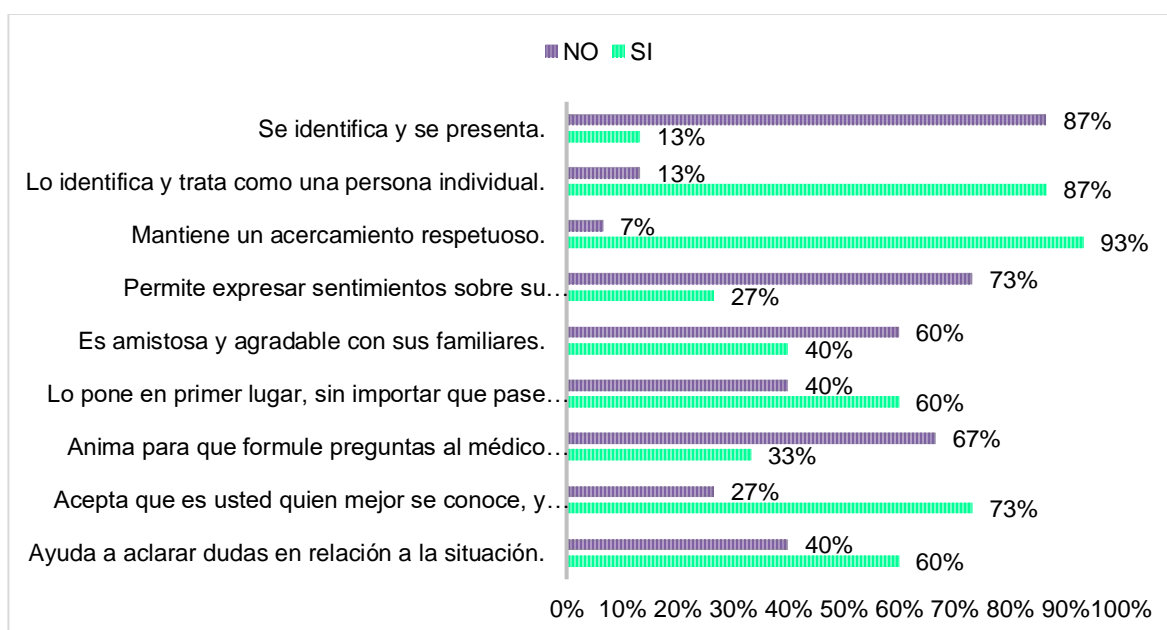
DIMENSIÓN 4: MANTENER RELACIÓN DE CONFIANZA	SI		NO	
	F°	%	F°	%
Ayuda a aclarar dudas en relación a la situación.	9	60,0	6	40,0
Acepta que es usted quien mejor se conoce, y lo incluye en la planificación y manejo del cuidado.	11	73,0	4	27,0
Anima para que formule preguntas al médico relacionado con la situación de salud.	5	33,0	10	67,0

⁴² GARCIA, Candelaria. Evaluación de la satisfacción de los pacientes con los cuidados enfermeros en un hospital de tercer nivel. Tenerife, España. 2016. [En línea]. citado el 28 de mayo del 2018. Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/3724/EVALUACION%20DE%20LA%20SATISFACCION%20DE%20LOS%20PACIENTES%20CON%20LOS%20CUIDADOS%20ENFERMEROS%20EN%20UN%20HOSPITAL%20DE%20TERCER%20NIVEL.pdf?sequence=1>

Lo pone en primer lugar, sin importar que pase a su alrededor.	9	60,0	6	40,0
Es amistosa y agradable con sus familiares.	6	40,0	9	60,0
Permite expresar sentimientos sobre su enfermedad y tratamiento.	4	27,0	11	73,0
Mantiene un acercamiento respetuoso.	14	93,0	1	7,0
Lo identifica y trata como una persona individual.	13	87,0	2	13,0
Se identifica y se presenta.	2	13,0	13	87,0

Fuente: instrumento

Grafica 5. Dimensión 4: mantener relación de confianza.



Fuente: instrumento

La dimensión 4 denominada mantener relación de confianza, nos muestra que el 93% de los pacientes manifestaron que el personal de enfermería mantiene un acercamiento respetuoso, el 87% lo identifica y lo trata como una persona individual, el 73% acepta que es usted quien mejor se conoce, y lo incluye en la planificación y manejo del cuidado y el 60% lo pone en primer lugar, sin importar que pase a su alrededor y ayuda a aclarar dudas en relación a la situación, sin

embargo, el 40% de los pacientes manifestó que el personal de enfermería es amistoso y agradable con sus familiares, el 33% anima para que formule preguntas al médico relacionado con la situación de salud, el 27% permite expresar sentimientos sobre su enfermedad y tratamiento y el 13% se identifica y se presenta.

Estos resultados los podemos comparar con el estudio de Chávez, donde mostro que “los cuidados que ofrecen los profesionales de enfermería para que el usuario hospitalizado tenga empatía con ellos, van dirigidos en pro de su recuperación, haciéndolo sentir como persona única, confiada, serena y segura, fue percibido como un grado de satisfacción alto por 76.7%”⁴³.

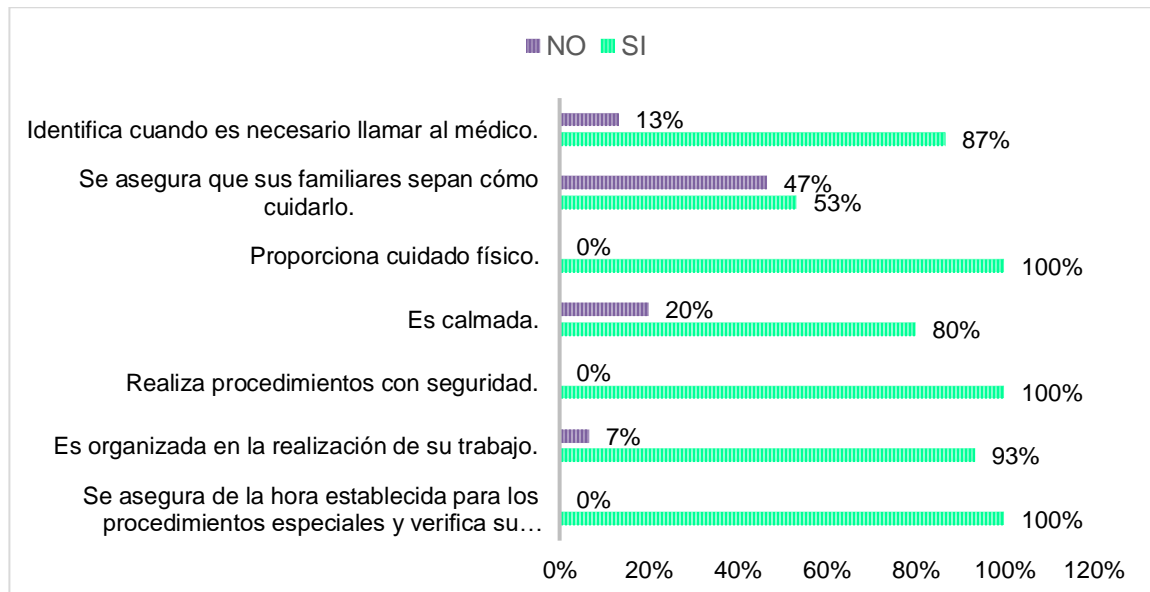
Tabla 7. Dimensión 5: monitorear y hacer seguimiento.

DIMENSIÓN 5: MONITOREAR Y HACER SEGUIMIENTO	SI		NO	
	F°	%	F°	%
Se asegura de la hora establecida para los procedimientos especiales y verifica su cumplimiento.	15	100,0	0	0,0
Es organizada en la realización de su trabajo.	14	93,0	1	7,0
Realiza procedimientos con seguridad.	15	100,0	0	0,0
Es calmada.	12	80,0	3	20,0
Proporciona cuidado físico.	15	100,0	0	0,0
Se asegura que sus familiares sepan cómo cuidarlo.	8	53,0	7	47,0
Identifica cuando es necesario llamar al médico.	13	87,0	2	13,0

Fuente: instrumento

⁴³ CHAVEZ, Diana. Et al. percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados en el hospital universitario del caribe. Cartagena, Colombia. 2013. [En línea]. citado el 28 de mayo del 2018. Disponible en:
<http://190.242.62.234:8080/jspui/bitstream/11227/2686/1/informefinal.pdf>

Grafica 6. Dimensión 5: monitorear y hacer seguimiento.



Fuente: instrumento

La dimensión 5 denominada monitorear y hacer seguimiento, nos indica que el 100% de los pacientes considera que el personal de enfermería proporciona cuidado físico, realiza procedimientos con seguridad y se asegura de la hora establecida para los procedimientos especiales, verificando su cumplimiento, el 93% es organizado en la realización de su trabajo, el 87% identifica cuando es necesario llamar al médico, el 80% es calmado y el 53 % se asegura que sus familiares sepan cómo cuidarlo.

En este mismo sentido el estudio de Molinal “se refiere a los cuidados de enfermería que implican un conocimiento propio de cada usuario y dominio de lo científico técnico y de los procedimientos que realiza, tuvo un porcentaje de cumplimiento del 90%”⁴⁴.

⁴⁴ MOLINA, Edith. Evaluación de la calidad del cuidado de enfermería en un servicio de hospitalización domiciliaria en Bogotá D.C. Colombia. 2011. [En línea]. citado el 28 de mayo del 2018. disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/6471/1/Edithmilenamolinacardona.2011.pdf>

4.3 Comportamientos donde el paciente percibe que falta más humanización por parte de enfermería.

Tabla 8. comportamientos donde el paciente percibe que falta más humanización por parte de enfermería.

COMPORTAMIENTO EVALUADO	F	%	F	%
Establece contacto físico cuando necesita consuelo.	2	13,0	13	87,0
Busca oportunidad para informar sobre la situación de salud.	1	7,0	14	93,0
Concilia antes de iniciar un procedimiento o intervención.	1	7,0	14	93,0
Se identifica y se presenta.	2	13,0	13	87,0

Los 4 comportamientos donde el paciente percibe que falta más humanización por parte del profesional de enfermería son: establecer contacto físico cuando estos necesitan consuelo y se identifica y se presenta con un 13,0% de cumplimiento, buscar oportunidad para informar sobre la situación de salud y conciliar antes de iniciar un procedimiento o intervención con un 7% de cumplimiento.

Respecto a esto, Espinoza⁴⁵ determinó que existe una percepción muy baja del cuidado que realiza enfermería en favor de los pacientes, percepción basada en el hecho de que solo algunas veces se aplican los criterios para un cuidado humanizado y una adecuada calidad en la atención. El estudio muestra que el 24,7 % de pacientes nunca percibe este cuidado, en tanto que el 39,7% solo lo percibe algunas veces.

⁴⁵ ESPINOZA L, HUERTA K, PANTOJA J, VELÁSQUEZ W, CUBAS D, RAMOS A. El cuidado humanizado y la percepción del paciente. 2010. [En línea]. Citado el 15 enero de 2018. Disponible en: http://www.uap.edu.pe/investigaciones/Esp/Revista_13_Esp_05.pdf

5. CONCLUSIONES

Según lo investigado anteriormente para determinar la percepción del paciente acerca del cuidado recibido por el personal de enfermería en la unidad de cuidados intensivos, podemos determinar que la percepción que este tiene es medio o regular según los parámetros de calificación, debido a que la mayoría de los pacientes encuestados coinciden con que el personal de enfermería brinda cuidados físicos, es decir se limita a realizar los procedimientos que estos requieren, olvidando que su rol es no solo brindar cuidados tangibles sino también satisfacer las necesidades de salud del usuario teniendo en cuenta que cuando hablamos de salud integramos la parte física y mental de cada persona.

Con relación a las características demográficas de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos, se encontró que la mayoría fueron mayores de 60 años, lo que nos reafirma que este grupo etario es quien más afecciones de salud tiene debido al envejecimiento y aparición de enfermedades crónicas que traen consigo sus complicaciones, además se encontró que la mayoría de los pacientes fueron ingresados por patologías de manejo médico y su tiempo de estancia era de 1 a 4 días, tiempo en el cual podían tener una percepción y visión global acerca de los cuidados recibidos por parte del personal de enfermería.

En cuanto a las dimensiones de mayor porcentaje tenemos, monitorear y hacer seguimiento, accesibilidad y mantener relación de confianza, en cambio las dimensiones con menor porcentaje son confortar y anticiparse.

Por otra parte, los comportamientos donde el paciente percibe que falta más humanización por parte del profesional de enfermería son: establecer contacto físico cuando estos necesitan consuelo, buscar oportunidad para informar sobre la

situación de salud, conciliar antes de iniciar un procedimiento o intervención y se identifica y se presenta, pues durante su permanencia en la unidad la gran mayoría presenciaron que la enfermera se acercaba a sus cubículos a realizar los procedimientos sin pedir consentimiento o explicar que trabajo iba a realizar, situación por la cual los pacientes se sienten más desprotegidos o vulnerados, así como también presenciaron rondas de enfermería en las que nadie se acercaba a preguntar cómo se sentían o simplemente a presentarse y que ellos supieran quien estaría a su cuidado.

6. RECOMENDACIONES

6.1. A LA IPS.

- ❖ Realizar capacitaciones constantes a las enfermeras que laboran en este servicio como estrategia para brindar un Cuidado de Enfermería con un trato digno y humanizado que denoten la integralidad en la atención del paciente.
- ❖ Evaluar la atención prestada cuando se dé el alta al paciente, esto permite conocer el grado de satisfacción global percibido por el paciente hacia los cuidados de enfermería brindados durante la estancia en la unidad de cuidados intensivos y así poder mejorar los aspectos no satisfechos para lograr una atención de enfermería con calidad.
- ❖ Elaborar pautas de supervisión interna para la mejoría continua de la atención prestada en los distintos servicios de salud.
- ❖ Continuar apoyando a la universidad de córdoba en cuanto a los permisos para que sus estudiantes puedan realizar sus trabajos investigativos en los distintos subdepartamentos de la IPS.

6.2. AL PERSONAL DE ENFERMERA.

- ❖ Promocionar entre el personal de salud el trato digno y humanizado para los pacientes.
- ❖ Fortalecer la calidad de la atención brindada a cada uno de los pacientes de la unidad de cuidados intensivos.

6.3. A LA UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA.

- ❖ Continuar motivando y apoyando a los estudiantes en los distintos trabajos investigativos.
- ❖ Brindar alternativas investigativas nacionales e internacionales, teniendo en cuenta el enfoque y magnitud del proyecto.
- ❖ Implementar líneas de comunicación para que los estudiantes de enfermería puedan realizar su trabajo de investigación con estudiantes de otras carreras con temas relacionados con la salud y de esta manera desde las diferentes carreras retroalimentar y enriquecer los proyectos en pro del crecimiento y desarrollo de la universidad.

BIBLIOGRAFÍA.

RIVERA, Luz y TRIANA, Álvaro. Cuidado humanizado de enfermería: visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la clínica del country. Bogotá, Colombia. [En línea]. citado el 30 de abril del 2018. Disponible en: https://www.u-cursos.cl/medicina/2011/0/ENFENFCO24/1/novedades/r/CUIDADO_HUMANIZADO_DE_ENFERMERIA_VISIBILIZANDO_LA_TEORIA_Y_LA_INVESTIGACION_EN_LA_PRACTICA.pdf

PRIETO, Gloria. Humanización del cuidado de Enfermería. Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM. 2007. [En línea]. citado el 12 de diciembre del 2017. Disponible en: <http://revistas.unam.mx/index.php/reu/article/download/30291/38452>

AVILA, Alicia; MENDOZA, Rodolfo y CONTRERAS, Sonia. Instrumento para valoración del cuidado humanizado brindado por profesionales de enfermería a personas hospitalizadas. Chile. 2016. [En línea]. Citado el 20 de enero del 2018. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962016000300011

SANTANA, Juliana. et. al Calidad de los cuidados de enfermería y satisfacción del paciente atendido en un hospital de enseñanza. [En línea]. citado el 8 de febrero del 2018. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/es_0104-1169-rlae-22-03-00454.pdf

MEJIA. María. Reflexiones sobre la relación interpersonal enfermera-paciente en el ámbito del cuidado clínico. Medellín, Colombia, 2006. [En línea]. Citado el 19 de

marzo del 2018. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962006000200010&script=sci_arttext&tlng=pt

IZQUIERDO, Esther. Enfermería: Teoría de Jean Watson y la inteligencia emocional, una visión humana. Habana, Cuba, 2015. [En línea]. citado el 20 de marzo del 2018. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubenf/cnf-2015/cnf153f.pdf>

GONZÁLEZ, Renata. Cuidado de Enfermería al Paciente Crítico. Avances en enfermería. Bogotá. [En línea]. citado el 6 septiembre 2017. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/16428/17358>.

IZQUIERDO, Esther. Enfermería: Teoría de Jean Watson y la inteligencia emocional, una visión humana. Habana, Cuba, 2015. [En línea]. citado el 20 de marzo del 2018. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubenf/cnf-2015/cnf153f.pdf>.

CEBALLOS, PA. Desde los ámbitos de enfermería, analizando el cuidado humanizado. Cienc Enferm, 2010; 16(1): 31-35.

ESPINOZA L, HUERTA K, PANTOJA J, VELÁSQUEZ W, CUBAS D, RAMOS A. El cuidado humanizado y la percepción del paciente. 2010. [En línea]. Citado el 15 enero de 2018. Disponible en: http://www.uap.edu.pe/investigaciones/Esp/Revista_13_Esp_05.pdf.

Grupo de cuidado. Avances conceptuales del Grupo de Cuidado. En: Dimensiones de cuidado. Grupo de Cuidado, Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: Unibiblos; 2000

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución número 00002003 de 2014 (28 MAY 2014) [En línea]
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf

MINISTERIO DE EDUCACIÓN. Ley 911 de 2014. [En línea]
http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105034_archivo_pdf.pdf

POBLETE, Margarita y VALENZUELA, Sandra. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. Chile. 2007. [En línea]. citado el 30 de abril del 2018. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/18.pdf>

BAEZ, Francisco, et al. El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. Chía, Colombia. 2009. [En línea]. citado el 30 de abril del 2018. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v9n2/v9n2a02.pdf>

RODRIGUEZ, Allan. Enfermería ante la deshumanización: una necesidad por ser considerada desde la filosofía de Emmanuel Levinas. Costa rica. 2011. [En línea]. citado el 30 de abril del 2018. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v32n1/art7.pdf>

SANCHEZ, Defonso. Deshumanización en enfermería. Cali. 1993. [En línea]. citado el 30 de abril del 2018. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/20435/1/16559-51754-1-PB.pdf>

TURCHETTO E. A qué llamamos paciente críticamente enfermo y cómo lo reconocemos. Artículos especiales. Revista del Hospital Privado de Comunidad. Volumen 8, número 2, agosto-diciembre 2005.

TAMAYO, Diana. Validación de la escala de satisfacción familiar CCFSS en unidades de cuidado crítico en hospitales universitarios de Bogotá. Colombia. 2013. [En línea]. citado el 16 de mayo del 2018. Disponible en: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/13710/TamayoFuquenDianaCarolina2013.pdf?sequence=1>

ACHURY, Diana. Et al. El sueño en el paciente hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo. 2014. Colombia. [En línea]. citado el 16 de mayo del 2018. disponible en: <file:///C:/Users/Windows%2010/Downloads/6857-34388-1-PB.pdf>

GUERRERO, Rosa. Et al. Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Lima, Perú. 2015. [En línea]. citado el 28 de mayo del 2018. disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/viewFile/3017/2967>

GARCIA, Candelaria. Evaluación de la satisfacción de los pacientes con los cuidados enfermeros en un hospital de tercer nivel. Tenerife, España. 2016. [En línea]. citado el 28 de mayo del 2018. Disponible en:

<https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/3724/EVALUACION%20DE%20LA%20SATISFACCION%20DE%20LOS%20PACIENTES%20CON%20LOS%20CUIDADOS%20ENFERMEROS%20EN%20UN%20HOSPITAL%20DE%20TERCER%20NIVEL.pdf?sequence=1>

MOLINA, Edith. Evaluación de la calidad del cuidado de enfermería en un servicio de hospitalización domiciliaria en Bogotá D.C. Colombia. 2011. [En línea]. citado el 28 de mayo del 2018. disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/6471/1/Edithmilenamolinacardona.2011.pdf>

CHAVEZ, Diana. Et al. percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados en el hospital universitario del caribe. Cartagena, Colombia. 2013. [En línea]. citado el 28 de mayo del 2018. Disponible en: <http://190.242.62.234:8080/jspui/bitstream/11227/2686/1/informefinal.pdf>

ANEXOS

ANEXO A. CONSENTIMIENTO INFORMADO.



Rumbo a la
**ACREDITACIÓN
INSTITUCIONAL**

CONSETIMIENTO INFORMADO


Yo _____ identificado con documento de identidad número _____ de _____ certifico que he sido informado con claridad y veracidad respecto al ejercicio académico, que las estudiantes de enfermería de VIII semestre de la Universidad de córdoba _____ Y _____ me han explicado para la elaboración de su trabajo de grado.

Actuo de manera consciente, libre y voluntaria como colaborador, contribuyendo a esta actividad de forma activa. Soy conocedor de la autonomía que poseo para retirarme u oponerme al ejercicio académico, cuando lo estime conveniente.

se respetará la buena fe, la confiabilidad y la intimidad de la información por mí suministrada, lo mismo que mi seguridad física y psicológica.

Diligenciado por los 15 pacientes a quienes se les aplico el instrumento.

ANEXO B. INSTRUMENTO.

 <div> UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD PROGRAMA DE ENFERMERIA </div> <div> Rumbo a la ACREDITACIÓN INSTITUCIONAL </div>						
SERVICIO:	FECHA:					
ASPECTO EVALUADO	<table border="1"> <tr> <th colspan="2">CUMPLE</th> <th rowspan="2">OBSERVACIONES</th> </tr> <tr> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </table>	CUMPLE		OBSERVACIONES	SI	NO
CUMPLE		OBSERVACIONES				
SI	NO					
DIMENSION 1: ACCESIBILIDAD						
Realiza acciones para aliviar el dolor antes de realizar procedimientos invasivos.						
Recibe la medicación en horario.						
Se acerca a su unidad con frecuencia para verificar cómo se siente.						
Responde rápidamente a su llamado.						
Informa que puede ser llamada cada vez que necesite.						
Brinda información clara y precisa sobre el actual estado de salud.						
Informa cómo puede cuidarse.						
Sugiere preguntas que puede formular al médico.						
DIMENSION 2: Confortar						
Se esfuerza para que pueda descansar cómodamente.						
Motiva a buscar elementos positivos al tratamiento.						
Es cordial.						
Entabla conversación.						
Establece contacto físico cuando necesita consuelo.						
Escucha con atención.						
Habla con amabilidad.						
Involucra a la familia en el cuidado.						
DIMENSION 3: Anticiparse						
Presta mayor atención en las horas de la noche.						
Busca oportunidad para informar sobre la situación de salud.						
Cuando se siente agobiado por la enfermedad acuerda un nuevo plan de intervención en caso de necesidad.						
Está pendiente de las necesidades para prevenir posibles alteraciones en el estado de salud.						
Comprende que esta experiencia es difícil y le presta especial atención.						
Cuando realiza algún procedimiento se concentra única y exclusivamente en ello.						
Permanece interesada después de haber pasado por una fase crítica.						
Concilia antes de iniciar un procedimiento o intervención.						

DIMENSION 4: Mantener relación de confianza			
Ayuda a aclarar dudas en relación a la situación.			
Acepta que es usted quien mejor se conoce, y lo incluye en la planificación y manejo del cuidado.			
Anima para que formule preguntas al médico relacionado con la situación de salud.			
Lo pone en primer lugar, sin importar que pase a su alrededor.			
Es amistosa y agradable con sus familiares.			
Permite expresar sentimientos sobre su enfermedad y tratamiento.			
Mantiene un acercamiento respetuoso.			
Lo identifica y trata como una persona individual.			
Se identifica y se presenta.			
DIMENSION 5: Monitorear y hacer seguimiento			
Se asegura de la hora establecida para los procedimientos especiales y verifica su cumplimiento.			
Es organizada en la realización de su trabajo.			
Realiza procedimientos con seguridad.			
Es calmada.			
Proporciona cuidado físico.			
Se asegura que sus familiares sepan cómo cuidarlo.			
Identifica cuando es necesario llamar al médico.			

Fuente: Caring Assessment Instrument (Care-Q) en versión español.

Diseñado por: Larson Patricia en 1998

Aplicado en: La UCI de la E.S.E. Hospital san Jerónimo de Montería

ANEXO C. CARTA DE ACEPTACIÓN



UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Rumbo a la
**ACREDITACIÓN
INSTITUCIONAL**

Montería, Viernes 2 de febrero de 2018

Doctor
WILLIAM MONTES SUAREZ
Subdirector Científico
ESE Hospital San Jerónimo

ESE HOSPITAL SAN JERÓNIMO
RECIBIDO
22/02/2018
TECNOLOGÍA

2018-feb-2
300
Surf

Cordial saludo.

El Comité de Investigación y Extensión de la Facultad Ciencias de la Salud, dio su aprobación al proyecto titulado: **"PERCEPCION DEL PACIENTE CRITICO SOBRE EL CUIDADO RECIBIDO POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, EN UNA ESE DE LA CIUDAD DE MONTERÍA, 2018"**. Este proyecto viene siendo desarrollado por las estudiantes del Programa de Enfermería: Maribel González Hernández y Lina Marcela Ricardo Ortiz; quienes en estos momentos se encuentra en el proceso de recolección de la información.

Teniendo en cuenta lo antes expuesto, solicitamos su valiosa colaboración, para que las estudiantes antes mencionadas, puedan acceder a la información requerida para su estudio. Esta información será utilizada netamente con fines académicos.

Es importante aclarar que la recolección de los datos se realizará guardando los principios de confidencialidad, éticos y legales de la investigación.

Una vez finalice el estudio, le estaremos enviando un resumen ejecutivo de los resultados, el cual servirá de apoyo a su institución para los procesos investigativos.

Le agradecemos su colaboración al respecto.

Atentamente,


Ph.D. MARILYN VILLADIEGO CHAMORRO
Coordinadora de Trabajo de grado
Facultad Ciencias de la Salud

Correo = Mari.gohery@gmail.com
Tel = 3215903157 - 302278477

UsBo
William



Comprometida con el desarrollo regional "VIGILADA MINEDUCACIÓN"
Carrera 6ª, No. 76-103 Montería-NIT. 891080031-3-Teléfono: (57) (4) 7860920 - 7860381
www.unicordoba.edu.co